Шизофрения

В буклете подробно описаны симптомы шизофрении, ее причины и способы лечения, а также предоставлена информация о том, как получить помощь и справиться с болезнью.



Штат Нью-Йорк
Отдел охраны психического здоровья

Что такое шизофрения?

Шизофрения – это тяжелое, хроническое, ведущее к инвалидности расстройство умственной деятельности, известное человечеству на протяжении всей его истории. Шизофренией страдает около 1% американцев.[1]

Больные шизофренией слышат голоса, которые не слышат другие люди; они уверены, что кто-то читают и контролирует их мысли или же плетет заговор, чтобы навредить им. Эти переживания вселяют в них ужас, порождая чувство страха, сильную тревогу или замкнутость. Больные шизофренией говорят бессмыслицы, могут часами сидеть неподвижно и безмолвно, или же кажутся абсолютно нормальными, пока не начинают говорить о том, что думают на самом деле. Так как многим людям, страдающим шизофренией, трудно работать или заботиться о себе, болезнь тяжким бременем ложится на их семьи и общество.

Имеющиеся в арсенале сегодняшней медицины способы лечения могут ослабить многие из симптомов заболевания, но в большинстве случаев больные шизофренией вынуждены жить с некоторыми остаточными симптомами болезни всю жизнь. И тем не менее, наше время – это время надежды для больных шизофренией и их семей. Сегодня многие больные ведут достойную и наполненную смыслом жизнь. Ученые разрабатывают более эффективные препараты и используя новый инструментарий и методы исследования, ищут причины шизофрении и способы ее предупреждения и лечения болезни.

В этой брошюре содержится информация о симптомах шизофрении, о том, когда они появляются, о течении болезни, современных методах лечения, о поддержке больных и их близких, а также о новых направлениях научных исследований.

Симптомы шизофрении

Симптомы шизофрении делятся на три категории:

- *Позитивные симптомы.* К их числу относятся ненормальные мысли и суждения, в том числе галлюцинации, бред, расстройства мышления, а также двигательные нарушения.
- *Негативные симптомы*, которые выражаются в утрате или снижении способности планировать, изъясняться, выражать эмоции или получать удовольствие от повседневной жизни. Эти симптомы сложнее распознаются как проявления шизофрении, их можно ошибочно принять за проявление лени или же депрессии.
- *Когнитивные симптомы* (или когнитивные нарушения) – проблемы с концентрацией и вниманием, определенными типами памяти и управляющими функциями, ответственными за наше умение планировать и организовывать. Когнитивные нарушения также с трудом распознаются в качестве симптомов болезни, но при этом в наибольшей степени влияют на возможность вести нормальный образ жизни.

Позитивные симптомы

Позитивные симптомы – это легко распознаваемые особенности поведения, несвойственные здоровым людям и связанные, обычно, с утратой связи с реальностью. К их числу относятся галлюцинации, бред, расстройства мышления и двигательные нарушения. Позитивные симптомы могут появляться и исчезать. Порой они проявляются в тяжелой форме, а порой едва заметны – все зависит от того, лечится человек или нет.

Галлюцинации. Галлюцинации – это такое явление, когда человек видит, слышит, чувствует запах или ощущает то, чего никто, кроме него, не видит, не слышит, не чувствует запаха или не ощущает. «Голоса» – наиболее распространенный вид галлюцинаций при шизофрении. Многие больные слышат голоса, которые комментируют их поведение, приказывают им что-либо делать, предупреждают о грозящей опасности или же разговаривают друг с другом (обычно о пациенте). Страдающие шизофренией могут слышать такие голоса в течение долгого времени, прежде чем родственники или друзья заметят что-то неладное. К другим видам галлюцинаций относятся видения несуществующих в действительности людей или предметов; обоняние запахов, которых больше никто не чувствует (хотя это также может быть симптомом некоторых опухолей головного мозга); и воображаемые тактильные ощущения (к примеру, прикосновение невидимых пальцев к телу больного, когда никого рядом нет).

Бред. Бред – это ложные представления человека, не имеющие корней в его культурном опыте и остающиеся непоколебимыми, даже когда другие люди приводят доказательства, что представления эти неверны и алогичны. У больных шизофренией могут наблюдаться совершенно аномальные бредовые идеи, к примеру, они уверены, что соседи контролируют их поведение при помощи магнитных волн, люди по телевизору передают им специальные послания, или же, что радиостанции в своих трансляциях озвучивают их мысли другим людям. У них может также развиваться бред величия и убеждение, что они – знаменитые исторические личности. Люди с параноидной шизофренией могут считать, что другие преднамеренно обманывают их, издеваются над ними, пытаются их отравить, шпионят за ними или плетут заговор против них и близких им людей. Такие представления называются бредом преследования.

Расстройство мышления. У больных шизофренией часто наблюдаются ненормальные формы мыслительного процесса. Одна из наиболее существенных – дезорганизованное мышление, при котором человеку трудно систематизировать свои мысли или же логически их связывать. Речь может быть бессвязной или трудной для понимания. Другая форма – «задержка мышления», при которой человек внезапно останавливается на середине мысли. Если спросить, почему он остановился, то человек может ответить, что у него как-будто бы вынули мысль из головы. Наконец, человек может создавать непонятные слова или же «неологизмы».

Двигательные нарушения. У больных шизофренией могут наблюдаться неловкие, несогласованные и непроизвольные движения, гримасы или же странная манерность. Они могут повторять определенные движения снова и снова или же впадать в кататоническое состояние - состояние неподвижности и невосприимчивости. Кататонический синдром был более распространененным, когда не существовало лечения шизофрении; теперь, к счастью, этот симптом встречается редко.[2]

Негативные симптомы

Термин «негативные симптомы» означает снижение нормального эмоционального потенциала и уровня поведения:

- уплощенный аффект (неподвижное выражение лица, монотонный голос),
- неспособность получать удовольствие в повседневной жизни,
- ослабленная способность планировать и выполнять намеченные дела, и
- вялая и скудная речь, даже при необходимости общения.

Больные шизофренией часто пренебрегают правилами элементарной гигиены и в повседневной жизни нуждаются в посторонней помощи. Поскольку это неочевидно, что негативные симптомы являются проявлениями психического заболевания, то больных шизофренией нередко считают просто ленивыми и нежелающими улучшить свою жизнь людьми.

Когнитивные симптомы

Когнитивные симптомы незаметны и зачастую их обнаруживают только в результате нейропсихологических тестов. К числу когнитивных симптомов относятся:

- слабость «управляющих функций» (способность усваивать и перерабатывать информацию и принимать решения на основании этой информации),
- неспособность концентрировать внимание, и
- проблемы с «рабочей памятью» (способность запоминать недавно полученную информацию и сразу применять ее)

Когнитивные нарушения часто мешают пациенту нормально жить и содержать себя. Они могут стать причиной тяжелого эмоционального дистресса.

Когда проявляется шизофрения и кто ею болеет?

Психотические симптомы (такие, как галлюцинации и бред) обычно возникают у мужчин в период позднего подросткового возраста и до 25 лет, а у женщин в возрасте 25-35 лет. Они изредка встречаются после 45-ти лет и крайне редко до пубертатного периода, хотя имеются описанные случаи шизофрении у детей 5-ти летнего возраста. Первыми признаками у подростков могут быть: смена друзей, снижение успеваемости, проблемы со сном, раздражительность. Поскольку такие же особенности поведения свойственны многим психически нормальным подросткам, то на этом этапе поставить диагноз затруднительно. У молодых людей, заболевших шизофренией, такой период называется «продромальным».

Как показали научные исследования, шизофрении в равной степени подвержены как мужчины, так и женщины, и процент заболеваемости одинаков среди всех этнических групп во всем мире.[3]

Агрессивны ли больные шизофренией?

Больные шизофренией не особо склонны к насилию и зачастую предпочитают, чтобы их оставили в покое. Согласно исследованиям, если человек не привлекался к уголовной ответственности за насилие до болезни и не употребляет психоактивные вещества (наркотики, алкоголь и т.д.), то он / она вряд ли совершит преступление и после того, как заболеет. Большинство насильственных преступлений совершают не больные шизофренией, и большинство больных шизофренией не совершают насильственные преступления. Употребление психоактивных веществ всегда повышает агрессивность поведения, независимо от наличия шизофрении (см. вставку на странице 4). Если кто-то, страдающий параноидной шизофренией, проявляет агрессивность, то чаще всего она направлена на членов семьи и проявляется в домашней обстановке.

Злоупотребление психоактивными веществами

У наркоманов могут проявляться симптомы, сходные с симптомами шизофрении, поэтому больных шизофренией могут ошибочно принять за людей, находящихся под воздействием наркотиков. В то время, как исследователи не верят, что злоупотребление психоактивными веществами является причиной шизофрении, факты свидетельствуют о том, что больные шизофренией злоупотребляют алкоголем и/ или наркотиками чаще, чем не шизофреники.

Употребление психоактивных веществ при шизофрении может снизить эффективность лечения. Стимуляторы (такие, как амфетамины или кокаин), фенилциклидин и марихуана могут ухудшить симптомы шизофрении. Кроме этого, употребляющие психоактивные вещества пациенты скорее всего не будут придерживаться плана лечения.

Шизофрения и никотин

Наиболее распространенная форма злоупотребления психоактивными веществами среди больных шизофренией - это пристрастие к никотину. Никотиновая зависимость среди них в три раза выше, чем среди общего населения (соотношение 75%-90% к 25%-30% процентам).[6]

В результате исследований выяснилась сложная взаимосвязь между курением и шизофренией. Больных шизофренией курение притягивает и манит, и исследователи изучают, имеются ли биологические предпосылки для этой потребности. Помимо известного факта, что курение вредит здоровью, в результате ряда исследований было обнаружено, что курение ослабляет действие антипсихотических препаратов. Если больной шизофренией курит, ему может понадобиться более высокая доза лекарств.

Больным шизофренией особенно трудно бросить курить, так как прекращение потребления никотина может вызвать временное ухудшение психотических симптомов. Лучше переносятся методы отказа от курения, включающие никотинозамещающие препараты. Если больной шизофренией принимает решение начать или бросить курить, лечащий врач должен внимательно наблюдать за действием антипсихотических препаратов.

Шизофрения и самоубийство

Больные шизофренией совершают покушения на самоубийство намного чаще, чем представители остального населения. В 10[4,5] процентах случаев (особенно среди молодых мужчин) эти попытки достигают цели. Трудно предсказать, кто из больных шизофренией склонен к самоубийству, поэтому, если кто-то говорит о самоубийстве или совершает попытку, следует немедленно обратиться к специалистам за помощью.

Причины шизофрении

Считается, что как и многие другие заболевания, шизофрения является результатом сочетания экологических и генетических факторов. Для поиска причин шизофрении задействован весь арсенал современной науки.

Передается ли шизофрения по наследству?

Ученым давно известно, что шизофрения носит наследственный характер.

Этой болезни подвержен 1% процент населения планеты, но при этом она встречается у 10% людей, чьи ближайшие родственники (один из родителей, брат или сестра) страдают шизофренией. Люди, чьи родственники второй степени родства (тети, дяди, дедушки и бабушки или двоюродные братья и сестры) больны шизофренией, также чаще страдают этим заболеванием, чем остальное население. В паре однояйцовых близнецов, где один болен шизофренией, риск заболеть у второго - самый высокий: 40% - 65%.[7]

Наши гены расположены на 23 парах хромосом, которые находятся в ядре каждой клетки человека. Мы наследуем две копии каждого гена - по одной от каждого из родителей. Предполагается, что некоторые гены связаны с повышенным риском развития шизофрении, однако ученые считают, что отдельно взятый ген имеет очень небольшое влияние и сам по себе не может быть причиной заболевания. На сегодняшний день все еще невозможно предсказать, кто заболеет, на основании генетического материала.

При наличии генетических предпосылок шизофрении маловероятно, что гены сами по себе – достаточное основание для развития болезни. Существует точка зрения, что шизофрения - результат определенного взаимодействия генов и объективных факторов внешнего мира. Так, например, к факторам риска относится влияние на плод вирусных заболеваний и недостаток витаминов у матери в период беременности, осложнения во время родов, а также психосоциальные факторы, такие как стрессовая обстановка.

У больных шизофренией нарушены химические процессы мозга?

Вполне вероятно, что дисбаланс в комплексе взаимосвязанных химических реакций головного мозга с участием нейротрансмиттеров допамина и глутамата (а, возможно, и других) играет роль в развитии шизофрении. Нейротрансмиттеры – это вещества, позволяющие клеткам головного мозга осуществлять связь между собой. Базовые знания о химических процессах мозга и их связи с шизофренией быстро расширяются и являются перспективным направлением научных исследований.

Отличается ли мозг больного шизофренией?

Головной мозг больного шизофренией немного отличается от мозга здорового человека, но отличия эти невелики. Иногда, у больных шизофренией, заполненные жидкостью полости центральной части головного мозга (так называемые, желудочки), большего размера; количество серого вещества, в целом, меньше; а в некоторых областях мозга обмен веществ замедлен или наоборот ускорен.3 Посмертные исследования под микроскопом тканей головного мозга больных шизофренией также обнаруживают небольшие изменения в распределении и характеристиках клеток мозга. Оказывается, многие из этих изменений являются пренатальными, поскольку они не окружены глиальными клетками, обязательно присутствующими, если повреждение головного мозга произошло после рождения. 3
Согласно одной из теорий, осложнения в период формирования мозга плода вызывают нарушение связей, не проявляющееся до пубертатного возраста. В подростковый период, человеческий мозг претерпевает значительные изменения, которые могут спровоцировать развитие психотических симптомов.

Чтобы ответить на поставленные здесь и многие другие вопросы о шизофрении, требуются дальнейшие исследования. Ученые США и всего мира изучают шизофрению и пытаются разработать новые методы ее профилактики и лечения.

Лечение шизофрении

Поскольку причины возникновения шизофрении до сих пор неизвестны, существующие методы лечения направлены на борьбу с симптомами болезни.

Антипсихотические препараты

Антипсихотические препараты появились в середине 1950-х годов. Они эффективно ослабляют позитивные симптомы шизофрении. И хотя эти препараты значительно улучшают жизнь многих пациентов, шизофрению они не излечивают.

Все по-разному реагируют на антипсихотические лекарства. Иногда, чтобы правильно подобрать лекарство, приходится испробовать несколько различных препаратов. Требуются совместные усилия пациента и лечащего врача, чтобы подобрать лекарства, которые лучше всего и с наименьшими побочными действиями контролируют симптомы.

К препаратам более раннего поколения относятся хлопромазин (Thorazine©), галоперидол (Haldol©), перфеназин (Etrafon©,Trilafon©), а также флуфеназин (Prolixin©). Эти препараты могут вызывать экстрапирамидные побочные явления, такие как, оцепенение мышц, постоянные мышечные спазмы, тремор, возбужденность.

В 1990-х годах были созданы новые препараты, так называемые атипичные антипсихотики, которые практически не дают этих побочных действий. Первым таким лекарственным средством был клозапин (Clozaril©). Он эффективно воздействует на психотические симптомы даже у тех пациентов, которые не реагируют на другие препараты, но он может вызвать серьезное осложнение - агранулоцитоз – снижение числа белых кровяных телец (лейкоцитов), предохраняющих организм от инфекций. Поэтому пациенты, принимающие клозапин, должны проверять уровень лейкоцитов в крови еженедельно или раз в две недели. Неудобства, вызванные необходимостью частых анализов, и высокая стоимость анализа крови и самого препарата являются для многих препятствием при лечении клозапином. Тем не менее, это лекарство – лучший выбор для тех, чьи симптомы не поддаются воздействию других антипсихотических препаратов, как первого поколения, так и новых.

Некоторые из разработанных после клозапина препаратов, как например, рисперидон (Risperdal©), оланзапин (Zyprexa©), кветиапин (Seroquel©), сертиндол (Serdolect©) и зипрасидон (Geodon©) – эффективны и редко провоцируют экстрапирамидные явления или агранулоцитоз. Однако они могут вызвать увеличение веса и метаболические изменения, в результате чего возрастает риск повышения уровня холестерина и заболевания сахарным диабетом.[8]

Арипипразол (Abilify) – еще один атипичный антипсихотический препарат, используемый для лечения симптомов шизофрении и маниакальных или смешанных (маниакальных и депрессивных) эпизодов биполярного аффективного расстройства I типа.

Больные по-разному реагируют на антипсихотические препараты, хотя такие явления, как возбуждение и галлюцинации обычно нормализуются в считанные дни, а бред – в течение нескольких недель. У многих больных наблюдается существенное улучшение обоих типов симптомов на шестой неделе приема препарата. Никто не может заранее точно сказать, как лекарство подействуют на конкретного человека, и иногда нужно перепробовать несколько препаратов, пока не будет подобран подходящий.

На первых порах после начала приема атипичных антипсихотических препаратов у больных может появиться сонливость, головокружение при перемене позиции тела,

нечеткость зрения, учащенное сердцебиение, проблемы с менструальным циклом, чувствительность к солнечному свету или накожная сыпь. Многие из этих симптомов исчезают через несколько дней после начала лечения, но пациенты, принимающие атипичные антипсихотические препараты, не должны управлять транспортными средствами, пока они не привыкнут к новому препарату.

Если у больного шизофренией развивается депрессия, то к схеме лечения, возможно, нужно будет добавить антидепрессант.

В ходе масштабных клинических исследований, финансированных Национальным институтом охраны психического здоровья (NIMH) и известных под названием CATIE (Клинические исследования эффективности антипсихотического лечения), сравнивали эффективность и побочные действия пяти (как новых, так и старых антипсихотических препаратов), используемых при лечении больных шизофренией. Чтобы получить более подробную информацию о CATIE, посетите сайт:
http://www.nimh.nih.gov/healthinformation/catie.cfm

Продолжительность лечения. Как и диабет или высокое кровяное давление, шизофрения является хроническим заболеванием, которое нуждается в постоянном лечении. На сегодняшний день шизофрения неизлечима, но, благодаря лечению, периодичность психотических эпизодов может быть существенно уменьшена, Хотя все по-разному реагируют на лечение, большинство больных шизофренией должны принимать лекарства на протяжении всей жизни, равно как и использовать другие средства, к примеру, поддерживающую или реабилитационную терапию.

Рецидивы чаще всего возникают, когда больные, почувствовав себя лучше, прекращают прием антипсихотических препаратов или же принимают их нерегулярно, потому что забывают или не считают это важным. Очень важно для больных шизофренией принимать лекарства систематически и на протяжении периода времени, предписанного врачом. Если они следуют этим правилам, они добьются ослабления психотических симптомов.

Нельзя прекращать прием антипсихотических препаратов не посоветовавшись с лечащим врачом и всегда постепенно. Отменять лекарство нужно под наблюдением врача, постепенно уменьшая дозу, а не резко прекращая прием.

Существует много причин, почему больные шизофренией не придерживаются назначенного лечения. Если они не верят, что больны, то не считают, что нуждаются в каком бы то ни было лечении. Если их мышление слишком дезорганизовано, они могут забывать принимать лекарства каждый день. Если им не нравятся побочные действия препарата, они могут прекратить принимать его, не желая попробовать другой. Злоупотребление психоактивными веществами также может влиять на эффективность лечения. Лечащие врачи должны осведомляться у пациентов о регулярности приема ими лекарств и с пониманием относиться к просьбе пациента сменить дозировку или же попробовать другие препараты, чтобы избавиться от нежелательных побочных действий.

Существует много способов, как помочь больным шизофренией регулярно принимать лекарства. Есть обладающие пролонгированным действием лекарства в форме инъекций, которые, в отличие от таблеток, не нужно принимать ежедневно. Медицинские календари и коробочки для таблеток, с обозначенными на них днями недели, могут помочь больным не забывать о приеме лекарств, а ухаживающим за ними – контролировать принял ли больной таблетки. Чтобы помочь пациентам соблюдать режим приема лекарств, можно

запрограммировать электронные таймеры часов на время приема таблеток или приурочить его к повседневным делам (таким, например, как прием пищи).

Взаимодействие препаратов. Комбинация антипсихотических средств с некоторыми другими препаратами может вызывать неприятные или опасные побочные действия. По этой причине, врачу, назначающему антипсихотики, необходимо сообщить обо всех лекарствах (как рецептурных, так и безрецептурных), витаминах, минералах и травяных добавках, которые принимает пациент. Следует также обсудить вопросы употребления алкоголя или других наркотиков.

Психосоциальная терапия

Многочисленные исследования свидетельствуют, что психосоциальная терапия может помочь пациентам со стабилизированным антипсихотическими препаратами состоянием решить ряд социальных аспектов шизофрении, таких как: трудности общения, мотивация, самообслуживание, работа, завязывание и поддержка отношений с другими людьми. Изучение и использование механизмов психологической адаптации для решения этих проблем позволяет больным шизофренией посещать школу, работать и общаться. Пациенты, регулярно проходящие психосоциальную терапию, лучше соблюдают режим приема лекарств, у них меньше рецидивов и они реже попадают в стационар. Хорошие отношения с психологом или социальным работником служат пациенту надежным источником информации, сочувствия, поддержки и надежды – всем тем, что играет важнейшую роль в борьбе с болезнью. Информируя пациентов о причинах заболевания, распространенных симптомах или проблемах, с которыми они могут столкнуться, а также о важности продолжения приема лекарств, терапевт может помочь им лучше понять болезнь и научиться жить с шизофренией.

Как взять болезнь под контроль. Больные шизофренией могут играть активную роль в борьбе со своей болезнью. Ознакомившись с основными сведениями о шизофрении и принципами ее лечения, они могут принять взвешенное решение относительно медицинского наблюдения. Научившись распознавать ранние симптомы рецидивов и как на них реагировать, они могут научиться предотвращать их. Можно обучить пациентов и эффективным навыкам того, как справиться с постоянными симптомами.

Комплексное лечение при сопутствующем злоупотреблении психоактивными веществами.

Злоупотребление психоактивными веществами – наиболее распространенное сопутствующее явление у больных шизофренией, но обычные программы лечения наркотической зависимости, как правило, не учитывают специфических потребностей этой части населения. Совмещение программ по лечению шизофрении и наркомании дает лучшие результаты.

Реабилитация. Делая упор на социальную и профессиональную подготовку, реабилитация способствует более успешной жизнедеятельности больных шизофренией. Поскольку шизофрения зачастую начинается в решающем для развития карьеры возрасте (от 18 до 35 лет) и нередко препятствует нормальному когнитивному функционированию, у большинства пациентов нет необходимой для квалифицированной работы подготовки. Программы реабилитации включают профориентацию, профессиональное обучение; консультации по обращению с деньгами и пользованию общественным транспортом, а также предоставляют возможность получить навыки социального поведения и рабочих взаимоотношений.

Санитарно-просветительская работа с семьей. Больных шизофренией пациентов часто выписывают из больницы на попечение их семьи, поэтому для предотвращения рецидивов очень важно, чтобы родственники как можно больше знали о болезни. Чтобы помочь своему больному родственнику эффективно бороться с болезнью, члены семьи должны владеть разными способами, помогающими больному придерживаться предписанного курса лечения; они должны быть вооружены полным арсеналом методов психофизиологической адаптации и обладать навыками решения проблем. Также очень важно знать, где находятся службы амбулаторной и семейной помощи, оказывающие поддержку больным шизофренией и тем, кто за ними ухаживает.

Когнитивно-поведенческая терапия. Когнитивно-поведенческая терапия применима при лечении пациентов, у которых симптомы болезни сохраняются даже при приеме лекарств. Специалист по когнитивной терапии обучает больных шизофренией, как проверять соответствуют ли реальности их мысли и ощущения, как «не слушать» голоса и как стряхнуть с себя сковывающую их апатию. Это лечение эффективно облегчает симптоматику и снижает риск рецидивов.

Группы взаимопомощи. Группы взаимопомощи для больных шизофренией и их семей получают все большее распространение. Хотя в эти группы не входят профессиональные психологи, сами члены группы являются друг для друга постоянным источником взаимной поддержки и утешения, что также оказывает терапевтический эффект. В группах взаимопомощи люди начинают осознавать, что у других - те же самые проблемы, что и у них, и перестают чувствовать себя изолированными из-за болезни или болезни их близких. Завязывающиеся в группах взаимопомощи связи и знакомства способствуют общественным инициативам. Действуя сообща семьи больных могут бороться за проведение научных исследований, за увеличение количества больниц и общественных программ по уходу за больными; а пациенты совместными усилиями могут привлечь внимание общественности к все еще имеющей место в современном мире дискриминации людей с психическими заболеваниями.

Как группы поддержки, так и инициативные группы являются замечательным средством скорейшего выздоровления для людей, страдающих различными видами психических расстройств.

Какова роль системы помощи пациентам?

Помощь психически больным людям оказывают семьи, профессиональные сиделки и работники по уходу на дому или в дневных стационарах, друзья или соседи, дипломированные социальные работники, а также все окружающие, кому небезразлична их судьба. Больные шизофренией довольно часто нуждаются в помощи других людей.

Как добиться лечения. Больные шизофренией часто противятся лечению, полагая, что их бред и галлюцинации на самом деле реальны и что они не нуждаются ни в какой психиатрической помощи. Семья и друзья должны принимать меры по спасению родного человека в критический момент.

При любой попытке принудительного лечения возникают проблемы с гражданскими правами. Законы защиты пациентов от принудительного лечения ужесточились и помощь душевнобольному человеку может оказаться очень непростым делом. Законы варьируются от штата к штату, но, в общем, если по причине психического расстройства люди представляют опасность для себя или для других и отказываются от медицинской

помощи, то члены семьи или друзья могут вызвать полицию, чтобы доставить больного в больницу. В приемном отделении психиатр, оценив состояние пациента, определит, требуется ли добровольная или принудительная госпитализация.

Не желающие лечиться психически больные могут скрывать от психиатра странное поведение и идеи, поэтому члены семьи и друзья должны попросить врача, проводящего освидетельствование больного, о разговоре с глазу на глаз и рассказать ему, что произошло дома. После этого психиатр сможет опросить пациента и лично убедиться в деформированности его мышления. Специалисты обязаны лично убедиться в ненормальном поведении и лично услышать бредовые мысли, прежде чем они на законных основаниях смогут рекомендовать принудительную госпитализацию, а члены семьи и друзья могут предоставить необходимую для этого информацию.

Уход за больным. Очень важно, чтобы после выписки из больницы больные шизофренией продолжали лечиться и принимать лекарства. Если пациенты прекратят прием лекарств или перестанут наблюдаться у врача, психотические симптомы появятся снова. Если эти симптомы приобретают тяжелый характер, больные могут быть не в состоянии самостоятельно ухаживать за собой, оказываясь неспособными заботиться о еде, одежде и жилье, пренебрегая личной гигиеной, сталкиваясь с угрозой оказаться на улице или в тюрьме, где они вряд ли найдут необходимую им помощь.

Семья и друзья могут помочь пациентам научиться ставить перед собой реалистические задачи по возвращению к жизни в обществе. Весь процесс должен быть разбит на маленькие этапы, каждый из которых является абсолютно достижимым, а каждый шаг пациента на этом пути должен быть обеспечен поддержкой. Психически больные люди, испытывая давление и подвергаясь критике, обычно регрессируют и их симптомы ухудшаются. Акцентировать их внимание на то, что они делают правильно, – лучший способ помочь им двигаться вперед.

Как нужно реагировать, если больной шизофренией говорит нечто странное или очевидно ненормальное? Так как ненормальные убеждения или галлюцинации для пациента абсолютно реальны, то попытки разубедить его, уверяя, что эти мысли и видения ошибочны или являются плодом воображения, не принесут пользы. Соглашаться с бредом – тоже не выход. Лучше всего спокойно сказать, что вы смотрите на вещи по-другому, но вы признаете право каждого человека на собственное мнение. Вежливое, располагающее и доброе отношение, не допускающее при этом опасного или неподобающего поведения - наиболее целесообразный подход к людям, страдающим этим заболеванием.

Прогнозы и перспективы на будущее

В течение последних 30 лет прогнозы для больных шизофренией улучшились. И хотя эта болезнь по-прежнему неизлечима, было разработано эффективное лечение и состояние многих больных улучшено настолько, что они могут жить независимой и полнокровной жизнью.

Научные исследования в области шизофрении переживают сегодня очень интересные времена. Бурное развитие познаний в генетике, неврологии и в изучении поведения позволит лучше понять причины заболевания, найти способы его профилактики и разработать новые методы лечения, которые позволят больным шизофренией реализовать свой потенциал в полной мере.

Как можно стать участником опытных исследований по шизофрении?

Ученые всего мира занимаются изучением шизофрении, чтобы найти новые методы предупреждения и лечения болезни. Единственная возможность разобраться в болезни – это исследовать как она протекает у самих больных. Именно поэтому проводится множество различных исследований. Для участия в некоторых из них необходимо сменить лекарства, для других, как, например, для генетических исследований, лекарства менять не нужно.

Чтобы получить информацию о государственных и частных исследованиях шизофрении, зайдите на сайт ClinicalTrials.gov. Полученную информацию следует обсудить с лечащим врачом и следовать его рекомендациям.

Программа исследования шизофрении (Schizophrenia Research Program), проводимая Национальными институтами охраны психического здоровья (NIMH), базируется в Национальном институте охраны психического здоровья, расположенном в Бетезде, штат Мэриленд (Bethesda, Maryland). В некоторых случаях оплачивается участие в исследовании и покрываются транспортные расходы, связанные с ним. Список амбулаторных и стационарных исследований, проводимых NIMH можно найти на сайте http://patientinfo.nimh.nih.gov. Кроме этого, вы можете побеседовать с персоналом NIMH, которые помогут вам разобраться в том, подходят ли их текущие исследования для вас или членов вашей семьи. Просто позвоните на бесплатный номер телефона 1-888-674-6464. Заявить о своем желании стать участником исследования можно также, отправив письмо по адресу Schizophrenia@intra.nimh.nih.gov. Все телефонные звонки конфиденциальны.

Полезная информация:

National Institute of Mental Health
Public Information and Communications Branch
[ациональный институт охраны психического здоровья
Отдел информации и связей с общественностью]
6001 Executive Boulevard
Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
Телефон: 301-443-4513, 1-866-615-NIMH (6464) бесплатный
Текстовый телефон: 1-866-415-8051 бесплатный
Факс: 301-443-4279
Электронный адрес: nimhinfo@nih.gov
Веб сайт: http://www.nimh.nih.gov

Примечания

1. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. *The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services.* Arch Gen Psychiatry. 1993 Feb;50(2):85-94.
2. *Catatonic Schizophrenia. (1992).The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
3. Mueser KT, McGurk SR. *Schizophrenia*. Lancet. 2004 Jun 19;363(9426):2063-72.
4. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; *International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (Inter-SePT).* Arch Gen Psychiatry. 2003 Jan;60(1):82-91.
5. Meltzer HY, Baldessarini RJ. *Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders*. J Clin Psychiatry. 2003 Sep;64(9):1122-9.
6. Jones RT & Benowitz NL. (*2002).Therapeutics for Nicotine Addiction*. In Davis KL, Charney D, Coyle JT & Nemeroff C (Eds.),*Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress (pp1533-1544).*Nashville, TN: American College of Neuropsychopharmacology.
7. Cardno AG, Gottesman II. *Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics.* Am J Med Genet. 2000 Spring; 97(1):12-7.
8. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia*. N Engl J Med. 2005 Sep 22;353(12):1209-23.

Отдел охраны психического здоровья штата Нью-Йорк выражает благодарность Национальному институту охраны психического здоровья за информацию, использованную в этом буклете.

Издано Отделом охраны психического здоровья штата Нью-Йорк, июнь 2008 года.

Штат Нью-Йорк
Эндрю М. Куомо, губернатор

Отдел охраны психического здоровья
Заведующий отделом Майкл Ф. Хоган, Доктор наук
За дополнительной информацией об этом издании обращайтесь:
New York State Office of Mental Health
Community Outreach and Public Education Office
[Отдел охраны психического здоровья штата Нью-Йорк
Отдел по связям с общественностью и просветительской работы с населением]
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
866-270-9857 (бесплатный)
www.omh.ny.gov

С вопросами и жалобами относительно службы охраны психического здоровья в Нью-Йорке обращайтесь в:
New York State Office of Mental Health
Customer Relations
[Отдел охраны психического здоровья штата Нью-Йорк
Отдел по работе с клиентами]
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
800-597-8481 (бесплатный)

Для получения информации о службах охраны психического здоровья в вашем микрорайоне, обратитесь в ближайший региональный офис Отдела охраны психического здоровья штата Нью-Йорк (NYSOMH):

Western New York Field Office
[Региональное отделение Западного Нью-Йорка]
737 Delaware Avenue, Suite 200
Buffalo, NY 14209
(716) 885-4219

Central New York Field Office
[Региональное отделение Центрального Нью-Йорка]
545 Cedar Street, 2nd Floor
Syracuse, NY 13210-2319
(315) 426-3930

Hudson River Field Office
[Региональное отделение Хадсон Ривер]
4 Jefferson Plaza, 3rd Floor
Poughkeepsie, NY 12601
(845) 454-8229

Long Island Field Office
[Региональное отделение Лонг-Айленда]
998 Crooked Hill Road, Building #45-3
West Brentwood, NY 11717-1087
(631) 761-2508

New York City Field Office
[Региональное отделение города Нью-Йорк]
330 Fifth Avenue, 9th Floor
New York, NY 10001-3101
(212) 330-1671